

**В. И. Петров**

*начальник медицинской части тюрьмы № 4 УДИН  
МВД Республики Беларусь по Могилевской области,  
кандидат медицинских наук, доцент*

## **ПРОБЛЕМА ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛЬНЫХ ПСИХОЗОВ В МЕСТАХ ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ**

Любое государство стремится оградить своих законопослушных граждан от различного рода криминальных проявлений. Одним из таких способов является помещение лиц, подозреваемых в совершении преступлений, в условия следственного изолятора, что существенно нарушает привычный стереотип жизни наших граждан, в частности, создает, по известным причинам, препятствия для запойного или постоянного пьянства для зависимых от алкоголя лиц.

Как показывала наркологическая практика исправительных учреждений, спустя 2–3 дня от момента поступления в следственный изолятор (в условия ситуационно-вынужденного прекращения потребления алкоголя, когда он уже стал жизненно необходимым субстратом биохимических превращений в организме пьющего) у отдельной части спецконтингента начинали развиваться алкогольные психозы. Постепенно, больше в вечернее или ночное время, у человека появлялись сначала эпизодические, затем более постоянные, бредовые высказывания (ложные умозаключения) и галлюцинаторные образы, что и определяло характер поведения спецконтингента без должной критической оценки текущей ситуации, которое зачастую становилось непредсказуемым, а нередко опасным для самого больного и его окружения. Уже во второй стадии алкогольной зависимости в условиях свободного социума алкогольные психозы возникают у 13,0 % больных, страдающих синдромом зависимости от алкоголя. Особенности жизнедеятельности спецконтингента в условиях следственного изолятора еще больше ухудшают ситуацию и способствуют возникновению острых психических нарушений.

С учетом изменившейся нормативной базы ДИН МВД Республики Беларусь ранее применявшиеся в условиях следственных изоляторов камеры для успокоения буйствующих субъектов уже не используются, а при возникновении четко очерченного острого психотического состояния алкогольного генеза пациент нуждается в экстренной госпитализации в

отделение токсикологии территориального лечебно-профилактического учреждения или реанимационного отделения (надзорную палату наркологического отделения) территориальной психиатрической больницы. Данная ситуация создает определенные организационные проблемы, требует задействования дополнительных сил и средств, что отвлекает работающий персонал исправительных учреждений от непосредственного выполнения ими должностных обязанностей. Поэтому профилактика возникновения алкогольных психозов и (или) их купирование на ранних этапах развития — одна из актуальнейших задач оказания психиатрической помощи в условиях следственных изоляторов. Каковы же пути решения этой проблемы? Где искать патогенетические механизмы этой превенции? Насколько профилактические меры могут быть эффективными и как в данном случае исключить социальную опасность как для самого больного, так и для его социального окружения?

Правовые пути решения этой проблемы четко отражены в существующей нормативной базе МЗ и МВД Республики Беларусь. Когда диагноз алкогольного психоза не вызывает сомнений и уже выставлен психиатром-наркологом, то путь решения проблемы один — экстренная госпитализация. Но бывают случаи, когда начальные проявления грубых психических нарушений и последствий, сопряженных с алкоголем, четко не обозначены, существует лишь предположение о возможности их развития. Как поступать в данном случае? Думается, ответ надо искать в особенностях нейро- и патофизиологии, биохимии психической деятельности человека, которые позволяют уточнить механизмы острых психических нарушений и наметить пути профилактики психотических состояний, связанных с потреблением алкоголя.

Возникновение и развитие бредовой и галлюцинаторной симптоматики у лиц с алкогольной зависимостью сопровождаются нарушением практически всех психических функций, но в большей степени это касается восприятия и мышления. В генезе бреда и галлюцинаций существенную роль играют моменты, по которым современная наука дает более точные данные. Как же формируются галлюцинации и бред?

Ответ может быть следующим: когда человек психически здоров, закономерности его психической деятельности в основном осознаются. Например, различаются восприятие и мышление, собственное желание от внешнего требования, собственные мысли от чужих мыслей, индивидуально-волевой мотив поведения от внешнего императива и т. д.

По мере снижения энергетической обеспеченности либо при утомляемости нейронов головного мозга психические закономерности (про-

цессы) угнетаются. Это, прежде всего, касается воли: концентрация и направленность внимания истощаются, целенаправленная деятельность сменяется рассеянностью и несобранностью, выбор целевого приоритета утрачивается. При прогрессировании процесса стираются различия между восприятием и мышлением, внешней и внутренней информацией, «своим» и «чужим». Все, что остается от нормальной психической деятельности, переподчиняется нейрофизиологическим и психофизиологическим закономерностям, на «арену выходит» психический автоматизм (ни воля, ни сознание в этот период не властны над ходом психической жизни). Собственные чувства, мысли и действия кажутся чужими, привнесенными извне, открытыми, не подвластными собственному «Я». Внешний сенсорный поток от органов чувств блокируется, а сниженный порог внутринейронной сенсорики создает приоритет в оживлении (репродукции) образов памяти со слабой сигнальной силой. Так формируются бред и галлюцинации.

Чем глубже нарушено сознание, тем ярче, красочнее и динамичнее галлюцинации, а бред абсурднее и нелепее. Коррекция расстройств в этот период с позиции рассудка невозможна, его просто нет. Внешние аргументы и доводы ничто в сравнении с имеющейся бредовой убежденностью.

Таким образом, исходя из вышесказанного, можно сделать вывод о существенной роли в генезе бреда и галлюцинаций энергообеспеченности головного мозга и состояния его нейронов (в плане накопившейся усталости).

В повседневной жизни обращают на себя внимание следующие факты и обстоятельства:

- лица, страдающие алкогольной зависимостью, не часто попадают в поле зрения наркологов с признаками алкогольных психозов при отсутствии перерывов в потреблении спиртного, даже при отсутствии приема стандартных алкогольных напитков и нарушении периодичности «привычных форм» потребления, что нередко компенсируется потреблением внутрь лекарственных средств на спиртовой основе (корвалол, боярышник, валериана и др.) даже в небольших дозах (30,0–50,0 мл);

- начальным проявлениям алкогольного психоза предшествуют нарушения сна, что изматывает больного, не дает полноценно отдохнуть коре головного мозга (психике), нарушает гомеостаз организма пьющего, который нормализуется только при наличии достаточного по длительности и полноценного сна;

- больным, страдающим синдромом алкогольной зависимости, свойственно нарушение пищевого режима, особенно на поздних стадиях заболевания (они практически не закусывают после выпивки или делают это формально, чисто символически («рукавом»), без должного съестного набора, качества пищевых продуктов и их приготовления;

- алкогольные комы — это комы, обычно сочетающиеся с гипогликемией, что указывает на тенденцию снижения уровня глюкозы в крови больных алкогольной зависимостью в связи с нарушением режима питания, создает предпосылки для снижения снабжения головного мозга углеводным энергетическим субстратом.

Это создает условия для снижения энергообеспечения организма в целом и головного мозга в частности, что в возникновении острых психозов (бреда, галлюцинаций) играет первостепенную роль.

Анализируя приведенные данные, представляется целесообразным наметить следующие пути профилактики возникновения и начальных проявлений развития алкогольных психозов в условиях следственного изолятора ДИН МВД Республики Беларусь:

Тщательный опрос вновь прибывающего спецконтингента на предмет образа жизни до ареста (злоупотребление алкоголем — фактор риска развития психоза в условиях социальной изоляции).

Своевременная постановка на диспансерный учет у психиатра-нарколога исправительного учреждения зависимых от алкоголя, уточнение анамнеза (опрос пациента, оформление запросов в наркологические учреждения и др.).

Проведение качественной дезинтоксикации с применением больших доз витаминов группы В, унитиола, сернокислой магнезии, глюкозы и солевых растворов, по показаниям — психотропных средств.

Представляется целесообразным включать в схему лечения:

жидкие успокаивающие лекарственные средства на спиртовой основе (валериана, боярышник) в дозе 30–40 капель 2 раза в день;

жидкие лекарственные средства на спиртовой основе, сочетающие в себе успокаивающий и снотворный эффект (корвалол, валокордин) в дозе 30–40 капель 2 раза в день;

улучшающие сон и снотворные медицинские препараты (фенобарбитал, диазепам и др.);

продукты, богатые легкоусвояемыми углеводами, что улучшит энергообеспечение головного мозга, повысит уровень серотонина крови и уменьшит депрессивный оттенок настроения.

В заключении следует сказать, что в использовании спиртосодержащих лекарственных средств в профилактике алкогольных психозов нет ничего крамольного. Еще совсем недавно, в 80–90-х гг. XX столетия, водка широко использовалась в проведении условно-рефлекторной терапии больным хроническим алкоголизмом в лечебно-трудовых профилакториях МВД СССР. Данный метод обладал хорошим, но временным эффектом в связи с угасанием рвотного рефлекса после окончания курса лечения. С учетом побочных эффектов этой терапии и малой эффективностью по вышеуказанной причине от его использования отказались, а других высокоэффективных методов лечения алкоголизма пока еще не найдено. В случае же профилактики алкогольных психозов минимальное использование лекарственных средств на спиртовой основе в сочетании с воздействием на другие патогенетические механизмы развития бреда и галлюцинаций, вероятнее всего, уменьшает глубину стресса при прекращении поступления «знакомое вещества и его метаболитов» в организм, нивелирует отдельные проявления абстинентного синдрома, заставляя его протекать не так остро, без развития психотических состояний. Здесь можно провести аналогию с государственной программой заместительной метадоновой (синтетический препарат опия) терапии опиных наркоманов, которая позволяет снизить остроту героиновой абстиненции, а возможно, удерживает их, по той же причине, от развития наркотического психоза.